

私秘的言語と公共的言語

——患者・障害者等クライアントの行為のよき理解に向けて

村岡 潔

〔抄録〕

本稿は、クライアントに対するケアテイカーのアプローチの仕方について、私秘的言語と公共的言語の側面から考察し、両者の出会いにおいて、ケアテイカーが、患者や障害者であるクライアントを正常か異常かという先入観なしにアプローチするための方法論について考察した。

第Ⅰ節では、意思疎通における視覚障害や聴覚障害の機能についての解題を行ない、いわゆる健常者との異同の意味について言及した。第Ⅱ節では、意思疎通に関して私秘的言語と公共的言語の対比を行ない、前者への配慮の必要性について述べた。第Ⅲ節では、コミュニケーションにおける文化的レンズの機能について解説し、クライアントとの対応には異文化同士の出会いのような「異邦人的接遇」が不可欠だとした。第Ⅳ節ではクライアントの私秘的言語の特徴について事例をふまえて紹介した。第Ⅴ節では、個々人の環境世界と心身像について分析し、クライアントの理解にはそれらへの配慮が必要であることを指摘した。最後に第Ⅵ節では《イルネス》と《ディジーズ》の二分法において《イルネス》に象徴される私秘的言語の中心にある「主観」の復権の重要性について指摘した。

キーワード：私秘的言語と公共的言語 クライアントとケアテイカー 異邦人的接遇 環境世界とプライバシー空間 イルネスとディジーズ

Ⅰ. はじめに

本稿は、患者や障害者等のクライアント（利用者）¹⁾のケアを行なう際に、病的ないしは障害的とラベルされる彼らのライフスタイルをケアテイカー（医療者、福祉士、介護士、心理カウンセラー等々）がどのように理解すべきかについての一考察である。ケアテイカーたる援助者は、相手を理解するには、そのライフスタイルを観察したり、さらには必要な範囲内ではあるが一定の介入をおこなったりすることが不可欠となる。通常は、こうした相互行為 interaction によって相互理解が深まるはずだが、誤解や不理解 communication error が起こることも少なくない。本論では、そうしたエラーがなぜおこるのか？ また、それに対してどのような対応が望まれるのか？ などの問題点について言語や文化の側面から考察しておきたい。

まず言うまでもないことだが、個人個人が構造的（解剖学生理学的あるいは神経学的）に有線（神経線維）でつながっていないことが意思疎通において以心伝心とはいかない由縁である。しかし、このことは同じ言葉を話す人間同士だからなどといった慣習的前提によって等閑

視されている。したがって意思疎通は、無線で行なわれなければならない。この場合の無線的手段では、物理的には音波や光波であり、文化的には聴覚を利用する話ことばや、視覚を利用する書き言葉（文字）やジェスチャーや絵画・映像などの画像表現が代表格である。一般には、双方とも利用できるのが「健康／正常」であり、いずれか一方しか利用できないと「病人／障害者」というように前者の（健常）集団によって位置付けられることになる。

かのヘレン・ケラーのように聴覚や視覚が利用できないとしても、人間は、触覚や嗅覚など他の感覚を利用し発達させることで生活することが可能となる。たとえば、いわゆる「視覚障害者」は点字（触覚）を利用することで、いわゆる「聴覚障害者」は手話や絵文字を利用することで自らの生活領域を「健常者」のそれより拡張ないしはシフトさせることが可能となる。他方「健常者」の大多数は点字や手話による意思疎通はむずかしいので、一概に「健常者」を優位と位置付けるのは合理的ではない。

また近代社会は、市街地や建物内部の構造が視覚優位に設計されているために、「聴覚専用者 auditorian（いわゆる視覚障害者）」よりも「視覚専用者 visualian（いわゆる聴覚障害者）」のほうが活動しやすい環境になっている²⁾。一方、暗い洞穴のようなコウモリの住処は聴覚優位の環境となっており、暗闇が視覚的捕食者を不利にさせると同時に自らは闇の中でも超音波によるエコロケーション（こだま定位）で自由に飛び回ることができる空間を提供している。しかも、彼らコウモリは逐一周辺を超音波や音波で定位するのではなく空間配置を記憶して聴覚を休めて飛行することも行っている（グリフィン 1979:9-19）。コウモリは聴覚情報から作りだす音像から自分の環境にある空間地図を脳内に記憶しているのである。無論、コウモリはヒトの聴覚専用者と同等ではないだろうし、一般に「視覚障害動物」とみなされることもないが、コウモリの例はヒトの聴覚専用者の脳内の空間地図が視覚専用者のそれより劣性であるという観方を疑う一助になろう。また視覚専用者の中には自分たちの「聾文化 Deaf Culture」の伝統を守るために、子供に「人工内耳」を埋め込み聴力を獲得する道を拒否する人々もいる。この聾文化のもつ内容的空間については視・聴覚の専用者（いわゆる健常者）の視点からは想像できない広がりがあるはずである。

しかしながら現代社会は、視覚と聴覚を両有する者が、それだけで「健常者」として君臨することを許してしまう世界である。その前提には、視覚ないしは聴覚を失うとあたかも脳内で活用される情報が半減するかのような先入観があると思われる。しかし、われわれは、瞳孔から飛び込んで網膜に届く無数の光刺激のすべてを視覚情報として採用しているわけではない。また、内耳に届く無数の音刺激に対しても同様である。われわれは必要とする情報を仕分けし採用しながら生活に資している。決して取得情報が半減してしまうわけではない。逆に無数の情報の中から必要なものを選好することで生活が成り立っている。視覚も聴覚も持たないヒトが生きているのもそのように現代社会に脳が適応しているからだ。したがって聴覚専用者や視覚専用者が脳内に織りなす空間地図が、視聴覚両有者のそれより欠けているという前提は証明

不可能なのである。優劣がつけられるとするのは、いわゆる健常者の先入見にすぎず、そこに何らかの格差を見出そうとする試みは、初めに結論ありきと言わざるを得ないのである³⁾。

Ⅱ．言語学的に見た意思疎通の不可思議

次に、言語によるコミュニケーションの問題点を考えてみたい。一般に、言語学的に見ると、話し言葉でも書き言葉でも、意思疎通ができるということは、ある意味、奇跡的なことが毎回起こっているともいえる。それは、意思疎通のもつある種の不確実性をそのつど乗り越える成果を個々人がもたらしめているからだ。たとえば、Aが発した「Ame-datt!」という言葉（音波）を聴きとったBが精神（大腦）で「Ame-datt!」と音のつながりを聴きとり精神内部に「雨が降っている!」あるいは「雨が降り出した!」という「雨」や「降る」という観念ideaと言葉の連鎖が引き起こされることになるからである⁴⁾。

しかし、Aの発話の「雨」という観念や文の意味がBに伝わったかどうかをAが直接（脳内を覗き込むなどして）確認することはできない。Bの表情や傘を探すような動作から、伝わったようだ理解する以外にない。むしろ、一般の生活では、Aが発した「雨だ!」という言葉は、Bが難聴でなければ聞こえているはずで、聞こえていれば伝わるはずだという大前提に疑いもなく依存している。実際、日常の発話ごとに、自分と話し相手とが有する観念が同一かどうかの検討はせず、そう信じる以外にない。つまり、自分が発する言葉（観念）がもつはずの「共通の受け取られ方」に託すことで十分に会話は進行していく。

ハッキングによれば、こうした精神的言説が当然とみなされていた17世紀までの西欧では、観念が自我〔自己〕⁵⁾と現実世界とのインターフェース〔接点／境界面〕であった。しかしその後2世紀ほどの間に「共通の受け取られ方」のほうを重要視する「公共的言説」が中心的なものに変化し、認識主体〔としての自我〕と世界とのインターフェースの役割を果たすようになった（ハッキング1989:94-96）。そして、〔個々人の〕観念はそれ自体は「共通の受け取られ方（公共的言語）」からは理解不可能なものになっていくのである。

言い換えれば、前者は、私私的言語中心の時代であり、後者の近現代は、公共的言語中心の時代と言えよう。つまり言語の役割が専ら自分の思考のためのものであったのが、他者との意思疎通の手段のためのものになったのである。今日、公共的言語としてAが発した言葉が心身健康そうなBに伝わらないと解釈されれば、例えばBは、まず聴覚などに問題（病気／障害：disorder）があるとみなされかねない。あるいは、さらに言動に何らかの逸脱が見られると認知や精神に問題がある者と位置づけされかねない。

しかし、このような公共的言語が理解できない者でも、私私的言語として様々な認知活動を行なっていると考えられることができるし、特にケアテイカーにとっては、その私私的言語を通してそうしたクライアントが精神内部にいただいているであろう観念、あるいは精神的言説を共感的に理解しようと努めることがケアの重要な使命になるものと思われる。つまり認知症患者の

発話やその「徘徊」などの行動を無意味とみなすのか、それとも、そこに何らかの意味や意図が隠されていると考えるかがクライアントとしての対応や接遇の違いとなって現れる。前者は公共的言語の立場からの対応であり、後者は私密的言語に着目した接遇と言えよう。

ちなみに、動物園の檻の中で徘徊するクマに見物人が呼びかけてもクマは公共的言語で返答しないからといって、私たちは、クマが自閉症であるとか ADHD であるとかのラベリングはしない。異種間には公共的言語がないという従来の前提があるからだ。だが、クマが飼育員やエサなどに対して内心（脳）の私密的言語 [に相当するインターフェース] によって何らかの思考を働かせていることは類推される。クマに対する飼育員のアプローチは後述の「異邦人的接遇」の好個の例である。

Ⅲ. 文化的にみたコミュニケーション

ところで、医学・生理学的に聴覚器官に問題 disorder がないとしても A の発した「雨だ!」が理解できない存在がある。例えば、日本語獲得以前の乳児や日本語がわからない外国人である。あるいは、「雨」やその他の言葉を解さなくなるなどから「認知症」と診断された人々もそうである⁶⁾。この際の背景にある決め手となるものは、神経系統の機能の有無の身体的問題ではなく、文化社会的な観点である。

一般に文化とは (Helman 1994:1-5)、一つの社会集団の構成員としての個人が受継ぎ、その個人に世界をどう見るのか、それを感覚的にどう経験するのか、その世界で他者や自然環境や神仏などの超自然的力と関係しながらどう行動するか、などを教える一連のガイドラインである。また、文化は、個人に、シンボル・言語・芸術及び儀礼を用いて、これらのガイドラインを次の世代に伝える方法も与えている。文化は、代々受け継がれる [ものの見方の]「レンズ」であり、個人はそれを通して自分の住む世界を認知し、そこでの生き方を習得する。そのような共有の世界認識なしには、人間集団の結びつきや存続は不可能となろう。この「文化のレンズ」の特徴は、社会の構成員を様々なカテゴリーに分別することであり、例えば、メンバーを、男／女、子供／若者／大人／老人、身内／他人、正常／異常、健常者／障害者、健康／狂気／病気、等々の社会的カテゴリーに分類するのもその機能の一つである。

つまり文化的に見ると、先述の「雨」の語が意味する内容が理解できないのは、乳児や外国人の場合はまだ日本の文化のレンズが経験的に獲得されてないことに原因があり、「認知症」の場合は、獲得したレンズが変性したり欠失したりしたためである。敷衍すれば、前者には、知的障害や発達障害を伴う事態も相当し、後者は、認知症を伴う高齢者以外にも高次脳機能障害を伴う高齢者の一部にも相当する。このことを前節の言語学的検討と対比すると、文化人類学的概念の「文化的レンズ」というものは、公共的言語に包摂されるものである。

文化的レンズを身につけていない者は、一般に「異邦人」というカテゴリーに入る。ケアテイカーは、認知症や高次脳機能障害を伴う高齢者をケアの場では、こうした異邦人的な人格とし

て接遇することが肝要と思われる。異邦人として対応するというのは、相手を様々なことがわかっていない幼児のように上から目線で扱うということでは全くない。むしろ、母国では普通に生活している人であり母国の文化的レンズを体得している外国人であり、ケアテイカー自らも、その外国人から見たら、母国とは違う異文化のレンズをもった存在として覚悟しつつ相互に敬意をはらいながら漸近しつつ理解しあうという構造である。この接遇の形態を、本稿では「異邦人的接遇 Ethnographic attendance」と呼ぶことにする。また、認知症ではない高齢者すらも、若手の人が少なくないケアテイカーの世代から見たら、世代間差によるサブカルチャーの違いからくる文化的レンズの相違も少なくないと言えよう。この場合にも異邦人的接遇が必要になるはずである。

さらにケアテイカー側から見て異邦人的接遇が必要となるようなクライアントは、公共的言語力が低下している分、私秘的言語に依存している可能性が高いと言えよう。前述したように、私秘的言語の使用目的は、自己の認識や思考と自分の環境とのインターフェースを意味しているので、異邦人カテゴリーに包摂される日本人が使用する言語は、一般の日本人が使用する公共的言語のように共通のコミュニケーションを保障するための手段としてはあまり機能していないという解釈も成立する。したがって、ケアテイカーは、自らの使用する公共的言語が彼らに通じないからという理由で専断的に彼らが劣っているとか病的であるとか判断すべきではないのである。現状のように、そう判定し診断し処遇することは自由だが、そのような人間の分類や仕分けは、現実を見るまでもなく何ら根本的な解決には結びつかないことが普通だからである。

こうした場合の医学的解決はケアテイカーの人的資源不足もあり、専ら薬物治療となりかねない。薬物の使用で徘徊がとまったり痛みが止まったりしても、薬物のせいで意識をうしなっただけになり家族やケアテイカーとコミュニケーションがとれなくなったとしたら、それは問題の解決ではなく問題を消滅させたことにすぎない。むしろ、問題消滅につながらないように、相互に異邦人のごとく接して相手の意図をしどろもどろながら理解しようとする異邦人的接遇が求められているのである。

Ⅳ. クライエントの私秘的言語をめぐる

この節では、クライアントの私秘的言語に関する事例をいくつか例示して考察してみよう。

柄谷行人は「夢の世界」について次のように記述している（柄谷 1989:68）。引用文中「…」は引用者の行なった省略を示す（以下、同様）。

「…狂人〔精神障害者〕は過酷なほど明瞭な観念に苦しんでおり、けっして非現実的な空想に耽っているのではない。彼は「現実の世界」よりずっと強烈にリアルな世界にすんでいて、その「世界」の軋くびきからのがれることもできないのだ。外側からみれば幻聴だと

しても、当人にとってはどんな現実の声よりも明瞭で強迫的である。…迫害妄想をもつ病者は、たとえば彼を中傷する他者の声を聞く。しかし、実は彼は他者の声を「聞く」のではない。もし現実の声であるならば、それはわれわれの外側ある。すなわち、われわれはそれに対してさまざまな対応が可能であり、黙殺することも反撥することもできる。あるいは耳を閉ざすこともできる。しかし、病者においては、その声に対する「距離」をもつことができない。その声は圧倒的な実在であって、彼はあまりにリアルな世界の中に生きるほかないのである。」

ここでいう「狂人」の妄想的な世界が私密的言語の一端を表している。しかし、その言語は公共的なものではないのでケアテイクはその十分な理解なしにはクライアントは異邦人のままであり、その私密的な世界へのアプローチは難しい。

また清水義範の小説「霧の中の終章」では、認知症らしき主人公とその息子の嫁、加津子の会話が以下のように展開する（清水 1990: 108-109）。

「空腹も原因して、私はだんだん腹が立ってきた。食べることだけが唯一残された楽しみである老人に、朝から何も食べさせず、忘れたふりをするなどは拷問である。

風呂場の方から洗濯機の音が聞こえた時、私は思わず身震いがするほどの怒りを覚えた。加津子さんはこれからのんびりと洗濯を始めるつもりなのだ。あくまで私には食べさせん気だ。

『か、加津子さん』

怒りで私の声は震えていた。自分でも思いがけないような大声だった。

あわてた風に加津子さんが座敷にやってきた。

『どうしたんです、おじいちゃん』

『ど、どうしたもこうしたもない。一体いつになったら私に朝ごはんを作ってくれるのかね。腹が減って死んでしまいそうだ』

加津子さんはきょとんとした顔をした。芝居に決まっている。

『でも』

『私を飢え死にさせるきかね。そんなに私が邪魔なのか』

『おじいちゃん、しっかりして下さい。朝ごはんはもう食べたでしょう』

『いいかね、老人にとって生きる楽しみといえば食べることであって……何だと』

私は加津子さんの顔をまじまじと見た。今、何か妙なことを言ったぞ。

『ですから、朝ごはんはもう食べたんです。めんたいこをおかずに』

『正美屋のめんたいこが残っていたな』

『それをおかずに食べたんです。忘れちゃったんですか』

加津子さんの口調に、私の心臓はドキンと縮みあがった。私は、とんでもない恥ずかしいことをしてしまったのだろうか。

『食べた……』

『ええ。食べてからまだ三十分もたっていませんよ』

体中の血がカッと頭にのぼった。赤くなっておる、ということがますます私をうろたえさせる。」

よくありそうな会話だが、これを「認知症老人」と健常者の嫁の風景として切り取るのは公共的言語側の立場である。医学や科学の言説はそれに当たる。しかし、彼が認知症だという表現は文中のどこにもない。小説家は読者の判断に任せるからだ。文中にある独白の部分は、いわば私的言語の部分だが、食べさせてくれない（息子の）嫁の「理不尽さ」を嘆いているという心理が明示されている。これが認知症としては理路整然としているようでおかしいと考えるならば、それは公共的言語に基づく先入観と言えよう。彼の頭の中でこうした論理展開をしているかいないかを明示的に検査する方法は、現在、脳波でも CT スキャンや MRI でもない。逆に、私的言語の部分を推し量りながら、クライアントの内心における論理展開がケアテイカーのそれと可能な限り近似的であるという前提で対応を進めていくなら、それは異邦人的接遇となろう。

認知症と診断されている母親が介護している娘と夕食を済ませた後、「大変ごちそうさまでした。では、そろそろおいとまします。」と言った場合、公共言語的対応ならば「何言ってるのお母さん、ここがお家でしょう！！しっかりしてよ」となるでしょう。それに対して娘が「はい、承知しました。では、私がお送りしましょうね」などと言って、いったん一緒に家を出て町内を一周するなどエスコートして家に戻ってくる手もある。そして母親に「さあ、着きましたよ」と言えば母親は納得することになろう。こちらが異邦人的接遇にあたるアプローチである⁷⁾。

さらにエドワード・ホールは、他国に着いた異邦人の言語体験の変化とその意義について次のように述べている（ホール 1970:100-101）。

「異国の土をふんだ旅行者がひとしく体験するのは、自国で習ってきたはずのことばがぜんぜんわからないということだ。その国の人々のしゃべることばは、…〔自国語の〕発音とはまるでちがってきこえ…たいへんまごつく。まったく知らない言語をしゃべる人々のまっただなかにとびこんだ人ならだれでも知っていることだが、最初それは区切りも何もない雑音のようにきこえる。」

ところがしばらくするとその言葉のパターンや文法が身についてくるとあらましがわかってくる。一たびその異国語をマスターすると広汎な出来事を理解することができる。当初わからぬ雑音だったものの意味が理解されるのである。このように意識的に行われる発話と理解は総合的なプロセスによるものだが、このことは聴覚だけでなく視覚でも同様である。異国文化における意識的な「見る方法」を学び、観察と理解も総合的なプロセスであるという考え方をひとたび受け入れると（一定の「現実」が視覚受容器系に受動的に記録されるのだから誰でも同じに見えるはずだという広く流布された）常識よりはるかに多くのことが説明できるようになる。

ホールは、さらに続けて、言う。このように自然な情況のもとで能動的に眼を使うときでも二人の人間が正確に同じものを見ていないという観点はある人々にとってはショッキングである。なぜならそれは、自分をとりまく世界と人々がすべて同じようにかかわってはいないことを意味するからだ。けれど、このようなちがいを認識することなしに、一つの知覚的世界をべつの知覚的世界へと翻訳することは不可能である。同じ文化に属する場合の二人の知覚的世界の差は、異文化間の二人の差より小さいはずのサブカルチャー間の相違も無視できないことがある。

このように異文化間でも、同文化内のサブカルチャー間でも相互理解のために必要なアプローチが異邦人的接遇である。通常のケアテイカーとクライアントの関係は、同一文化圏のことが多いので、異邦人的接遇はサブカルチャー間のアプローチとなる。

V. クライアントの環境世界および心身像をめぐる

ここでは、動物行動学に習ってクライアントやケアテイカーを包摂する環境世界と環境の関係について整理し、後半では医療人類学的な身体像 body image にも言及したい。

多くの視覚優位なヒト（いわゆる健常者あるいは晴眼者 sighted person）は、自分の網膜に到達した光の情報によって身の回りの世界（環境 environment）を客観的に認知していると自負している。しかし、医学的神経学的には、それらは網膜（ここで情報はアナログからデジタルに変換）から視神経－視放線－後頭葉の視覚野へと情報伝達される間に、主体としてのヒト（ホモ・サピエンスさらには日本人さらには個々人）にとって有用な形式に加工され解釈されている。その解釈された情報をもとに、（宇宙船の操舵室の前方にあるような）後頭葉のスクリーンに映しだされた映像を見ていることになる。「物自体 Ding an sich/thing-in-itself」すなわち周囲の物理的環境をそのまま認識することは昔から哲学で言うようにできない相談である。

しかし、視覚優位の現代人間社会では、健常者が見るものが限りなく環境その物であるかのように近似的にみなしている。それに対して、主体としての個々人が見ている世界がそれぞれの環境世界と呼べるものである。T・V・ユクスキュルは「…その主体が自己の法則に従って、[主体特有の視覚・聴覚・味覚・触覚などの] 知覚標識から作りあげ、主体的な意味において体験している一つの主体的世界の中心にある『自発性の中核』なのである。とはいえ、こうせざるをえないように心理学的に定義された精神に由来するものではない。環境世界説は、われわれ人間「ここでは健常者としよう」が、他の生物主体「ここではクライアントとしよう」が見たり、聞いたり、嗅いだり、感じたりしているものを、けっして同じように見たり、聞いたり嗅いだり、感じたりできない」ということをくりかえし強調している（ユクスキュル 1995: 263-268）。

一般に自らを健常者とみなす意識が強いケアテイカーが、病院や介護施設など収容施設をク

クライアントにとって適切な場所（環境）であって、そこに適応できずに徘徊したりするクライアントを認知症と評価する場合、それは公共的言語の観点からであることは言うまでもない。しかし、全制施設に収容されたクライアント側の身になって考えると逆の発想が見えてくる。

たとえば、毎夜、徘徊を繰り返す高齢者が以前は漁師であったとする。彼は、確かに失見当識 disorientation に陥っていて自分が老人ホームに収容されているという実態を認識せず、すでに漁師を引退していることも失念しているかもしれない。しかし、彼の内心では、毎晩のように漁に出ることが自分のミッションとなっていたら、夜に起きて漁のしたくのために港に行き出漁の準備をしなければならないと考えている可能性がある⁸⁾。ところが、老人ホームには漁港も漁船もない。彼が夜半その無いものを懸命に探し求めているも傍からは無意味な徘徊と認定されることになる。同様に、彼が農夫であったら早朝、夜明けとともに畑に行こうとするであろう。つまり、このクライアントたる高齢者を収容しコントロールしている施設が言わば「環境」であり、この元漁師が内心からプライドをともなって見ている世界が「環境世界」というべきものである。一般に、この場合の環境は公共的言語に支配されているし、環境世界は私密的言語で構成されている。

すなわち、ケアテイカーが、この私密的言語による環境世界へアプローチする際には異邦人的接遇が推奨されよう。また、施設を環境からではなく、クライアント側の環境世界から見る視点は、クライアントを施設に収容するという解決法に含まれる、すでに言われて久しい全制的施設 total institution（ゴッフマン等）の問題性の理解にも資するものと言えよう。さらに個々人の心身像（すなわち心身をどうイメージしているか）を考える際に物理的な環境だけではなく環境世界という視点を加味すると、心身像は、次の3つの側面に整理される⁹⁾。

まず、(A)「解剖生理学的な心身像」がある。「胃が痛む」、「足が疲れた」などと言う時の医学的身体観であり、裸の人体とその内部にまなざしが注がれている。しかし、われわれは自己をイメージする際に通常は裸姿の自分は想像しない。むしろ (B)「衣服や装飾を着けた最適な容姿や自己意識から自己をイメージする個々人で異なる心身像」が想起されよう。これは、文化社会的に観た「個人的空間」を意味している。さらに広義に見るならば、(C)「衣食住やその他の日常生活という外部環境にまで及ぶ心身像」がある。日常生活でのさまざまな側面（人間関係や部屋の居心地、仕事の進み具合、夏休みの計画の進み具合）が構成する「社会的心身像」である。例えば、退院したクライアントが、帰宅し自分の部屋のベッドに横になって初めて安堵感を感じるのは、その部屋の空間自体がすでに自己の心身像となっているからだ。(B)と(C)の心身像を合わせると、両者は生活世界の「プライバシー空間」を構成するが、これは、言い換えれば、個々人の私密的言語で構成される環境世界に相当する。

したがって、個々人の健康観は、単に(A)の医学・医療が目する「解剖生理学的身体像」の変化だけでなく、自分の日常生活（食習慣・性生活・睡眠習慣から宗教的生活習慣まで）の具合や家庭環境、仕事や職場に及ぼす影響といった心理的社会的判断基準、すなわち

(B) や (C) のプライバシー空間の変化に基づいている。逆に、病気や障害という感覚は、それら3要素の様々な次元での心身像の喪失感に因るものと言える。つまり、病気や障害からの回復には、心身像の全体が関わっていることになる。例えば、手術が成功して解剖生理学的心身像が回復しても、クライアントが自己のプライバシー空間（環境世界）の回復を実感するまでにはさらなる年月を要するものだ。このプライバシー空間への思慮も異邦人的接遇の範囲なのである。

VI. 私密的《イルネス》と公共的《ディジーズ》

医療人類学には、「病い」全体に対して《イルネス illness》対《ディジーズ disease》で分ける伝統的な二分法がある。前者は、非医療者 (layman) がもつ「病気」観であり、後者は専ら医療者がイメージする「疾病ないしは疾患」という観点である (村岡 2017: 123-132)。すなわち《イルネス》とは、普段の生活の中で考えられている病的な状態であり、その人の属する社会や文化の影響を受けやすい。他方、《ディジーズ》とは近代医療の枠組みの中で定義される病的状態であり、主に現代医学・医療の医師の判定によって決定されるものである。

医師でもあり医療人類学者の C・ヘルマンは、この二分法に鑑み、現代医療の場面でしばしば見受けられる二つの現象、①《イルネス》なき《ディジーズ》(disease without illness) と、②《ディジーズ》なき《イルネス》(illness without disease) に言及している (Helman 2007: 148-153)。

①《イルネス》なき《ディジーズ》: これは、診断的テクノロジーの使用に重点を置く現代医学・医療によく見られる現象で、身体の物的異常が諸検査で発見されるが、クライアントとしての本人は「病気」とは実感していない状況を指す。例えば、健康診断でみつかると高血圧症、脂質異常症、子宮頸部の前がん状態（細胞の異形成）等々である。

②《ディジーズ》なき《イルネス》: この場合、クライアント本人は、身体的、精神的あるいは社会的に、生活上で「何か具合が悪い」と感じていて、医師に症状（苦痛・苦悩）を訴えるのにもかかわらず、医師からは、診察や検査の結果、どこにも異常なしと告げられるような場合である。けれども、多くの場合、クライアントは、その後も、不調や不幸を感じつづける。ここには、医学的身体の機能・構造異常の原因を見つけることができない多くの不快感や身体の不調が含まれている。しかし、クライアント本人にとっては、先述の「プライバシー空間」が損なわれていることが主訴を構成しているのである。この《イルネス》の例としては、化学物質過敏症や線維筋痛症などが挙げられよう。

しかし、《ディジーズ》を専ら扱う医療者たちが近代医学という公共的言語によって無視し続けたとしても、どの《イルネス》もそれ自体は「病気」として reality をもっていてクライアントの生活の重要な部分を演じており、単に医療者が「何も悪いところはない」というだけでは何の解決にもならない。その私密的言語を読み解く異邦人的接遇の努力がケアテイクー

に医療者に課せられたの使命であり、《イルネス》がその人にとって解放されるべき、重大な「苦」の一部であるという認識が不可欠である。

以上、患者や障害者というクライアントの行為理解に関する基礎的アプローチについて、公共的言語よりも私密的言語、環境よりも環境世界、解剖生理学的心身像よりもプライバシー空間、そして《ディジーズ》よりも《イルネス》という視点の重要性について述べてきた。ハッキングに従えば、言語が本質的に私密的なものであった17世紀から、19世紀までの間にそれが公共的なものになったという（ハッキング1989:1-17）。この変化は、言語がまず自らの思考のためにあった観念の時代から、まずコミュニケーションのためのものとする意味の時代への変化を意味している。言い換えれば、主観を重視する時代から客観性を重視する時代への変容である。このことは、19世紀に学問の主座が哲学中心から科学中心に移動し、医学・医療も科学に擬態することで近代化した時期と符合していて興味深い。しかし、今日、病気や障害を個性とみなそうとするからには、やはり、主観に伴う私密的言語の復権が求められていると思われる。

注

- 1) 本稿でいう「クライアント（利用者）」は、医療における患者や社会福祉士や心理カウンセラーからのケアを受ける人の全般を指している。
- 2) 「聴覚専用者 auditorian」と「視覚専用者 visualian」は、それぞれ視覚障害者、聴覚障害者に対応する筆者の造語である。ICF（国際生活機能分類）の考え方に習ったものである。
- 3) なんでも測定した19世紀のこと、ドイツのある人類学者が「髪の毛の断面が円に近いほど優れた人種である」という学説を証明し学会で発表しようとした。その矢先、新たな毛髪のサンプルがみつかった。それはこれまでになく円に近かった。しかし、彼は発表をとりやめた。なぜなら、それは東洋の日本人の毛髪だったのだ。筆者が20世紀に聞いた、ありそうな逸話である。
- 4) イアン・ハッキングは、この事情を次の様に説明している（ハッキング1989:82-94）。

すなわち、観念の理論によれば、観念は、それを表示するものとしての言葉と密接に結びついている。話される言葉の用途の一つは、意思伝達である。そこで「私は自分の精神的言説〔mental discourse：諸観念〕を話される言葉に翻訳し、あなたはそれを聞いて、また精神的言説へと再翻訳する」のだが、この二重の翻訳が成功するためには「あなたは自分の胸の内に、私が私自身の内にもつと同じ観念をもつことにならなければならない。」

むろん、このことは、あなたが私の意見と同じであるということではない。私が「このコーヒーはおいしい」とつぶやくが、あなたは「まずい」と思っているもよい。しかし、あなたの心の内には、私が使った「コーヒー」と「おいしい」という言葉の連鎖が同様に想起されていなければならないように見える。味については一致しないが、言いたいことは伝わっていると信じられた。

だが、私は、どうやってあなたが私と同じ観念をいだいていると知ることができるのだろうか。

おそらく、自分と話し相手とが有する観念が同一のものかどうかの吟味は普通にはなされない。ただ、自分が想像する限りでのその言葉を共通の受け取られ方 common acceptance に従って、それを用いることで十分であった（ロックの隠れた指示作用説）。

- 5) [] 内は、筆者の補遺。以下同様。
- 6) 小林美津江は、このような存在を「情報弱者」として、その人権尊重の考えから情報保障がなされるべき対象としている（小林 2018: 14-23）。この対応や指摘は意義深いものに相違ないが、本稿の文脈では、この情報「弱者」という表現自体は、公共的言語を標準とみなすという近代的視点を帯びたものであることを敢えて指摘しておきたい。
- 7) 私事だが、関西から郷里の群馬に住む九十六歳の祖母を病院に見舞った際、祖母は私に向かって「おめえさんはだれだい？どっから来たんかい？」とゆっくり聞いた。「奈良から来たんだい」と言うと「おれにも大阪におめえぐれえの孫がいたんだが…」と自問した。そこで「この次会ったらよろしく言っとくさあ」と答えると祖母は安心した。相貌失認はあるものの、認知症と診断されていても、祖母の内心ではおおよその見当はついていたわけである。ちなみに郷里では一人称単数の人称代名詞は、英語の「I」のように一つで、男女を問わず「おれ」である。
- 8) 東アフリカのウガンダはアルバート湖畔近辺における漁民の環境世界をフィールドとする人類学者の田原範子によれば「農業は太陽とともに、漁業は月とともに」であるという（パーソナルコミュニケーション、2018年3月1日）。
- 9) 医療人類学者 CG・ヘルマンの「身体像 body image」に関する解説（Helman 1994: 12-26）をヒントに筆者が整理したものである。身体像を心身像に拡張したのは筆者である。

文献

- 柄谷行人 1989:「夢の世界－島尾敏雄と庄野潤三」『意味という病』講談社。
- D・R・グリフィン 1979年:『動物に心があるか－心的体験の進化的連続性－』（桑原万寿太郎訳）、岩波現代選書。
- 小林美津江 2018:「情報弱者のための知る権利の構成要素及びその保障制度の構築」博士論文（佛教大学；2018年3月18日）。
- 清水義範 1990:「霧の中の終章」、『国語入試問題必勝法』所収、講談社文庫。
- I・ハッキング 1989:『言語は哲学にとってなぜ問題になるか』（伊藤邦武訳）。
- C. G. Helman 1994: “Culture, Health and Illness, An Introduction for Health Professionals,” (3rd Edition), Butterworth-Heinemann, Oxford.
- C. G. Helman 2007: “Culture, Health and Illness” (5th Edition), Hodder-Arnold, London.
- E・T・ホール 1970年:『かくれた次元』（日高敏隆・佐藤信行訳）、みすず書房。
- 村岡 潔 2017:「隠謀学外伝：(2) 正常と病理をめぐる」『佛教大学福祉教育開発センター紀要（14）』。
- T・V・ユクスキュル 1995:「環境世界の研究－主体と客体とを含む自然研究として」、J・V・ユクスキュル

ル, G・クリサート『生物から見た世界』（日高敏隆・野田保之訳）新思索社所収, 263-272.

付 記

本稿は2017年度科研費（16K08893）並びに佛教大学個人研究費による研究成果の一部である。

（むらおか きよし 社会福祉学部）